

**KIRIKHAN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ****RAMAK KALA OLAY BİLDİRİM FORMU****DOKÜMAN NO:KİO01 FR20****YAYIN TARİHİ:18.09.2017****REVİZYON TARİHİ:09.11.2021****REVİZYON NO: 01****SAYFA NO:1**

Tarih:...../...../.....

Tel.:

İl-İlçe :

Adı Soyadı:

Görevi :

T.C. Kimlik No:

Doğum Tarihi:/...../.....

Cinsiyet: E ☐ K ☐Medeni Hali: Evli ☐ Bekar ☐Ramak Kala Olayı Tarihi-Saati:
...../...../..... ---/---

Ramak Kala Olayı Anında Yaptığı İş:

Tanıklar (eğer varsa; açık isimleri, görev/unvanları, iletişim bilgileri):

Ramak Kala Olayının Meydana Geldiği Yer (Poliklinik, lab, büro vb):

RAMAK KALA OLAYI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA**RAMAK KALA OLAY NEDENLERİ**

Yetkisi Olmadan Çalışmak

Kullanılan Cihazın Hatalı/Arızalı Olması

Ekipman Kullanım Hatası

Talimatlara Uymamak

Yorgunluk/Uykusuzluk

Moral Bozukluğu/Korku/Dalgınlık

Yetersiz Uyarı/Alarm Sistemi

Emniyetsiz İstifleme

Uygun Olmayan Hava Şartları

Kapatılmamış Boşluklar

Emniyetsiz Davranış

Kaygan Zemin

Yetersiz Aydınlatma

Elektrik Sistemlerinde Arıza

Kötü Hava Koşulları (Rüzgar vb.)

Ekipman Kullanım Hatası

Gürültü

Kişisel Koruyucu Donanım Kullanmamak

Disiplinsiz/ Ciddiyetsiz Çalışma

Kişisel Koruyucu Donanım Eksikliği/ Uygunsuzluğu

Yangın Tehlikesi

Yanlış Kaldırma

Düzensiz Ortam

Uygun Olmayan Hız

Yetersiz İkaz Levhası

Patlama Tehlikesi

Diğer (belirtiniz):.....

Dökülme/ saçılma

GÖZLEMLEYENİN

Adı Soyadı:

Bölümü:

Görevi:

Bildirim tarihi

İmza:

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Biriminde Yapılan İşlem:

İşyeri Sağlık ve Güvenlik Biriminde Yapılan İşlem:

Birim Amirinin Adı Soyadı ve imzası

Tarih:/...../.....